

Favor de ser llenada con letra molde.

No. de póliza	Fecha
	día mes año

Datos del Contratante persona física									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Sexo al nacer ☐ F ☐ M	Fecha de nacimiento día mes año		Código de cliente*
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave	CURP		País y Estado de nacimiento	
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*					No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Régimen Fiscal		Nacionalidad(es)
Relación o parentesco con el Asegurado			Ocupación actual		Giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico	

¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años?
Sí ☐ No ☐ Definir cargo y dependencia:

Contratante (en caso de existir como persona moral)									
Razón o denominación social			Régimen de Capital		Giro mercantil, actividad u objeto social			Correo electrónico o página de Internet	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave	Código de cliente*		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*	
Fecha de constitución día mes año		Folio mercantil		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Régimen Fiscal		Nacionalidad(es)	

Nombre del Representante Legal									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)					
Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento día mes año		% de acciones	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento día mes año		% de acciones	

Domicilio Particular del Contratante (persona física o moral)									
Calle			No. exterior	No. interior	Colonia			C.P.	
Municipio o Alcaldía		Ciudad o Población		Entidad Federativa		País		Lada	Teléfono

Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)									
Calle			No. exterior	No. interior	Colonia			C.P.	
Municipio o Alcaldía		Ciudad o Población		Entidad Federativa		País		Lada	Teléfono

* Si cuenta con ella.

Datos del Asegurado en caso de ser distinto al Contratante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)							
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		Sexo al nacer	☐ F ☐ M	R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave

I. Movimientos financieros

Retiros del fondo de inversión	Retiros del fondo de inversión para el pago de primas	☐ Rescate Total
☐ Parcial \$ _____	☐ De Vida Póliza No. _____	☐ Préstamo
☐ Fondo de Protección \$ _____	☐ De otros ramos Póliza No. _____	A cuenta por \$ _____
☐ Fondo del Plan Personal de Retiro \$ _____		☐ Máximo
☐ Fondo de la Cuenta Especial de Ahorro \$ _____		

Si aplica de acuerdo a políticas de egresos, para transferencias bancarias indique:

CLABE bancaria	Sucursal	Plaza	Nombre del banco
----------------	----------	-------	------------------

Inclusión de objetivos de ahorro Capitaliza

Nombre	Prima de ahorro (según forma de pago)	Plazo de pago	Opciones de liquidación		
			Pago único	Fideicomiso	Plan de rentas
· Objetivo de Ahorro 2 _____	_____	_____	☐	☐	☐
· Objetivo de Ahorro 3 _____	_____	_____	☐	☐	☐
Obj 2 Obj 3	Obj 2 Obj 3				
· Vida Activa 2025 _____ % _____ %	· Deuda Corto Plazo _____ % _____ %	· Dólares Corto Plazo _____ % _____ %			
· Vida Activa 2030 _____ % _____ %	· Deuda Largo Plazo _____ % _____ %	· Dólares Largo Plazo _____ % _____ %			
· Vida Activa 2035 _____ % _____ %	· UDIS Mediano Plazo _____ % _____ %	· Bolsa MX _____ % _____ %			
· Vida Activa 2040 _____ % _____ %	· UDIS Largo Plazo _____ % _____ %	· Bolsa USD _____ % _____ %			
· Vida Activa 2045 _____ % _____ %					
Total 100%					

De no especificarse alguna distribución para determinar la estrategia de Rendimiento, las primas se administrarán en la Cuenta Eje.

II. Beneficiarios

Nota Importante:El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.

Advertencia:En caso que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cambio de Beneficiarios

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento
1				%	día mes año
2				%	día mes año
3				%	día mes año

Domicilio de los Beneficiarios: calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (solo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante)

1
2
3

* Si cuenta con ella.

III. Cambio de Contratante persona física										■ Alta		■ Baja		■ Cambio	
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Sexo al nacer ☐ F ☐ M		Fecha de nacimiento día mes año			Código de cliente*	
R.F.C.		letras		año	mes	día	homoclave		CURP			País y Estado de nacimiento			
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*						No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)				Régimen Fiscal			Nacionalidad(es)		
Relación o parentesco con el Asegurado						Ocupación actual			Giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico			
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí ☐ No ☐ Definir cargo y dependencia:															
Cambio de Contratante (en caso de ser persona moral)										■ Alta		■ Baja		■ Cambio	
Razón o denominación social					Régimen de Capital			Giro mercantil, actividad u objeto social			Correo electrónico o página de Internet				
R.F.C.		letras		año	mes	día	homoclave		Código de cliente si cuenta con el*			Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*			
Fecha de constitución día mes año			Folio mercantil			No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)			Régimen Fiscal			Nacionalidad(es)			
Nombre del Representante Legal															
Apellido paterno					Apellido materno					Nombre(s)					
Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director															
Apellido paterno					Apellido materno					Nombre(s)			Fecha de nacimiento día mes año		% de acciones
Apellido paterno					Apellido materno					Nombre(s)			Fecha de nacimiento día mes año		% de acciones
Domicilio Particular del Contratante (persona física o moral)															
Calle					No. exterior		No. interior		Colonia			C.P.			
Municipio o Alcaldía			Ciudad o Población			Entidad Federativa			País		Lada		Teléfono		
Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)															
Calle					No. exterior		No. interior		Colonia			C.P.			
Municipio o Alcaldía			Ciudad o Población			Entidad Federativa			País		Lada		Teléfono		

* Si cuenta con ella.

IV. Otros cambios

☐ Comprobación de edad (es necesario presentar documento oficial que lo avale)

☐ Corregir nombre del Asegurado. El nombre es: _____

☐ Reconsideración de extraprima

Otros cambios:

Favor de indicar la información que se anexa a esta solicitud para llevar a cabo el trámite

Para el trámite solicitado hago el depósito de: \$ _____	☐ En efectivo _____ ☐ Cheque número _____	Banco _____
Ingresado en oficina	Folio	Fecha día mes año

Datos Personales y Consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostento la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular, y/o padre o tutor del (los) menor (menores) de edad de los cuales ostento la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, incluyendo los del (los) menor(es) de edad, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, y/o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar; así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas del contrato de seguro.

Para proceder a la entrega de la Póliza, la Compañía debe contar con la documentación cotejada conforme a disposiciones de PLD (Prevención de Lavado de Dinero).

Nombre y firma del Asegurado 1

Nombre y firma del Asegurado 2

Nombre y firma del Contratante 1

Nombre y firma del nuevo Contratante

Datos del Agente

Clave	Zona	Nombre completo	Firma